2020-2021

DIRECTION DEPARTEMENTALE DE LA COHESION
SOCIALE ET DE LA PROTECTION DES POPULATIONS
POLE ÉGALITÉ DES CHANCES
DIRECTION ENFANCE JEUNESSE SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON
- Document confidentiel -

NOM DU MINEUR : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/
PRENOM : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

DATE DE NAISSANCE : /__/__/__/__/__/__/ **SEXE : ☐ M ☐ F**

NUMERO SECURITE SOCIALE : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

DATES ET LIEU DU SEJOUR:
.....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour du mineur (arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionnés à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles) ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

1. **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	**DATES DES DERNIERS RAPPELS**	**VACCINS RECOMMANDÉS**	**DATES**
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Remplir ce tableau ou joindre une copie du carnet de vaccinations *(pages 65 à 67 sur les modèles de carnets récents).*				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTREINDICATION.

2. **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

- Poids : ……. Taille : ……
  (Informations nécessaires en cas d'urgence)

- Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

- **ALLERGIES** : ALIMENTAIRES oui □ non □
  MEDICAMENTEUSES oui □ non □
  AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui □ non □

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir.**

- Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?
  Oui ¤ non □

……
……
……
……
……

3. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, ou autres éléments important à savoir,…
……
……
……
……
……

4. RESPONSABLE DU MINEUR

NOM ……**PRENOM** ……

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)
……
……

TEL DOMICILE : ……**TEL. TRAVAIL :** ……..
TEL PORTABLE : ……..

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT : ……...

Je soussigné(e),……, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Assurance / Mutuelle : joindre le numéro ou une photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile qui couvre l'enfant et de l'attestation de mutuelle complémentaire des parents.

Date et signature :